

Rechtliche Rahmenbedingungen für die Schaffung interdisziplinärer operativer Intensivseinheiten*

K. Ulsenheimer, Rechtsanwalt, München

I. Arbeitsteilung und Haftung

Kaum eine andere Disziplin als die Medizin hat sich in so viele verschiedene Fach- und Teilgebiete verzweigt und frühzeitig deutlich gemacht, dass Arbeitsteilung, die ständige Ergänzung, Erweiterung und Vertiefung des Spezialwissens notwendige Bedingung und damit Grundlage für ihre ungeheuren Fortschritte und die Perfektionierung ihrer Technik sind. Der Grad der Spezialisierung und Subspezialisierung hat längst die hergebrachten Fachgebiete überschritten, so dass viele Fachärzte nicht mehr auf ihrem gesamten Fachgebiet tätig sind, sondern sich, soweit möglich, auf die Erbringung bestimmter Leistungen beschränken, sich auf Schwerpunkte konzentrieren und dabei an den Rändern auch auf ursprünglich allein anderen Fachgebieten vorbehalten oder für andere Fachgebiete spezifische Leistungen ausgreifen.

Im Ergebnis dient diese Entwicklung dem Arzt wie dem Patienten: Während der Arzt dadurch seine Kompetenz erhöhen und sein Haftungsrisiko senken kann, bringt die verästelte ärztliche Fachkompetenz dem Patienten ein Mehr als Behandlungsqualität. Voraussetzung ist allerdings, dass die mit jeder Teamarbeit verbundenen typischen Kooperationsrisiken, die als Kommunikations-, Koordinations-, Delegations-, Überwachungs- und Auswahlmängel sowie insbesondere bei der Kompetenzabgrenzung der behandelnden Ärzte in zahlreichen Entscheidungen der Judikatur sichtbar geworden sind und damit sowohl die Mannigfaltigkeit der Fehlerquellen als auch die Haftungsträchtigkeit dieses Bereichs zeigen, durch umsichtige Planung, Bereitschaft zur Zusammenarbeit, gegenseitige Rücksichtnahme und Einsicht in strukturelle, auch ökonomisch bedingte Notwendigkeiten ausgeschaltet werden.

II. Fachgebietsgrenzen und Facharztstandard

Aus der breit gefächerten Differenzierung der Medizin in die unterschiedlichsten Facharzttrichtungen ergeben sich zunächst zwei grundlegende rechtliche Fragestellungen: eine vorwiegend berufsrechtliche, nämlich die nach der Bindung durch Fachgebietsgrenzen, und eine vorwiegend haftungsrechtliche, das ist die Frage nach der Verantwortung des Einzelnen im Rahmen arbeitsteiligen Zusammenwirkens. Die Antwort auf beide Fragen hat die Rechtsprechung in einer Reihe grundlegender Entscheidungen schon vor Jahrzehnten gegeben, wobei sie zur Haftungsbegrenzung bei interdisziplinärer Kooperation die von Herrn Prof. *Weissauer* zu Beginn der 60er Jahre entwickelten Kriterien

übernommen hat. Wenn ich also über die „rechtlichen Rahmenbedingungen“ für die Errichtung zentraler Intensivstationen spreche, kann ich Ihnen nichts Neues berichten, sondern nur über in der klinischen Praxis Bewährtes, in Judikatur und Rechtslehre Anerkanntes, in jeder Hinsicht fest Gefügtes referieren und wiederholen.

1. Zunächst zu den Fachgebietsgrenzen

a) Der ärztliche Beruf stellt unbeschadet aller Spezialisierung auf bestimmte Fachgebiete eine Einheit dar, wie sie als Grundlage der Approbation in der BÄO deutlich zum Ausdruck kommt. Daraus folgt nicht nur die Notwendigkeit der Weiterbildung zur Erreichung bestimmter Qualifikationen und die Fortbildungspflicht für alle Ärzte, ohne Rücksicht auf ihre Tätigkeit und Stellung, sondern auch, dass der „Facharzt“ kein „besonderer ärztlicher Beruf“¹ ist. Er ist vielmehr dadurch gekennzeichnet, dass er innerhalb eines Fachgebietes – eines „definierten Teils einer Fachrichtung der Medizin“ (§ 2 Abs. 2 Satz 1 Abschnitt A der Muster-Weiterbildungsordnung 2003) über besondere ärztliche Kompetenzen verfügt, die er in vorgeschriebener Zeit erworben und durch eine Prüfung bestätigt hat. Deshalb „bestimmt die Gebietsdefinition die Grenzen für die Ausübung der fachärztlichen Tätigkeit“ (§ 2 Abs. 2 Satz 2, Abschnitt A der Muster-Weiterbildungsordnung 2003).

b) Zum Inhalt dieses Satzes hat das BVerfG in seinem berühmten „Facharzturteil“, das vor mehr als 30 Jahren erging, Stellung genommen. Seine 5 Kerngedanken möchte ich hier in Erinnerung rufen:

- (1) Die Tätigkeit des Facharztes ist nur eine besondere Form der Berufsausübung innerhalb des einheitlichen Arztberufs.
- (2) Auf der Grundlage der einheitlichen ärztlichen Berufsausübung stellt die Facharztstätigkeit dem Arzt besondere Aufgaben, führt ihm einen besonderen Patientenkreis zu und eröffnet ihm dadurch besondere wirtschaftliche Chancen, so dass er einen bedeutsamen eigenen fachlichen und sozialen Status erwirbt.
- (3) Aber auch der Allgemeinheit ist an einem verantwortungsvollen und wirksamen Einsatz der fachärztlichen Kenntnisse, Erfahrungen und sachlichen Ein-

* Rechte vorbehalten.

Vortrag am 03.02.2005 auf der Klausurtagung der DGAI in Leipzig.

¹ BVerfG NJW 1972, 1504

richtungen gelegen. Denn unter den heutigen Bedingungen rasch fortschreitender medizinischer Erkenntnisse und der damit verbundenen Verwendung immer komplizierterer und teurerer Spezialapparaturen ist der Facharzt zur Sicherung einer qualitativ hochstehenden ärztlichen Versorgung der Bevölkerung unentbehrlich.

- (4) Mit dem stetig steigenden Anteil der Fachärzte gewinnen aber auch die Probleme der Zusammenarbeit zwischen Facharzt und Allgemeinarzt, zwischen den Fachärzten untereinander und zwischen Facharzt und Krankenhaus für das gesamte Gesundheitswesen zunehmende Bedeutung. Zu diesen Problemen gehört die Gefahr, dass sachfremde berufspolitische Erwägungen sich gegen die Interessen der Allgemeinheit durchsetzen und zu Lösungen führen, die gesundheitspolitisch verfehlt sind. Solche „widerstrebenden Gruppeninteressen“ gelte es abzuwehren, hebt das BVerfG ausdrücklich hervor.
 - (5) Die Beschränkung auf das Fachgebiet dient dem Schutz der Patienten und ist deshalb als „sachgemäß“ anerkannt.² Das Verbot der Betätigung außerhalb des Fachgebiets gilt aber nicht uneingeschränkt und nicht ausnahmslos. Denn jede Einschränkung der freien Betätigung im Beruf steht im Hinblick auf Art. 12 GG unter dem Gebot der Verhältnismäßigkeit. Deshalb darf diese Begrenzung nur als „allgemeine Richtlinie“ gelten und nicht eine erschöpfende – auch Einzelfälle ausschließende – Regelung darstellen. Das Verbot, außerhalb des Fachgebiets tätig zu werden, gilt also nur „grundsätzlich“ im Sinne von: vorbehaltlich besonderer Sachlagen, anders formuliert, der Facharzt muss nur „im wesentlichen“ in seinem Fachgebiet tätig werden.
- c) Nach der Definition des Fachgebietes Anästhesiologie umfasst deren Gebiet
- „die Allgemein-, Regional- und Lokalanästhesie einschließlich deren Vor- und Nachbehandlung, die Aufrechterhaltung der vitalen Funktionen während operativer und diagnostischer Eingriffe sowie intensivmedizinische, notfallmedizinische und schmerztherapeutische Maßnahmen“.

Die Weiterbildung dient dem Erwerb von Kenntnissen, Erfahrungen und Fertigkeiten in

„der Beurteilung perioperativer Risiken, Maßnahmen der perioperativen Intensivmedizin, der Behandlung akuter Störungen der Vitalfunktionen, einschließlich Beatmungsverfahren und notfallmäßiger Schrittmacheranwendung, notfallmedizinischer Maßnahmen“.

Die Zusatz-Weiterbildung Intensivmedizin umfasst in Ergänzung zu einer Facharztkompetenz „die Intensivüberwachung und Intensivbehandlung von Patienten, deren Vitalfunktionen oder Organfunktionen in lebensbedrohlicher Weise gestört sind und durch intensive the-

rapeutische Verfahren unterstützt oder aufrecht erhalten werden müssen“. Ziel der Zusatz-Weiterbildung ist die Erlangung der fachlichen Kompetenz insbesondere bei der „Versorgung von Funktionsstörungen lebenswichtiger Organsysteme, der Intensivbehandlung des akuten Lungen- und Nierenversagens, von akuten Störungen des zentralen Nervensystems, von Schockzuständen, Sepsis und Sepsissyndrom sowie des Multiorganversagens“ und der „interdisziplinären Behandlungscoordination“. Ausdrücklich wird ferner für die Anästhesiologie als Weiterbildungsinhalt die „Behandlung intensivmedizinischer Krankheitsbilder in Zusammenarbeit mit den das Grundleiden behandelnden Ärzten“ festgelegt.

Nimmt man die von der DIVI geforderte 2-jährige Zusatzqualifikation in der „speziellen Intensivmedizin“ hinzu, kann kein Zweifel daran bestehen, dass aus berufsrechtlicher Sicht gegen die organisatorische Leitung einer zentralen Intensivstation durch den Anästhesisten keine sachlich begründeten Einwendungen erhoben werden können. Klarstellend möchte ich aber im gleichen Kontext hinzufügen, dass der Leiter einer zentralen Intensivstation kein Anästhesist sein muss, sondern anderen Fachgebieten angehören kann, sofern er die erforderliche fachliche Kompetenz in der Intensivmedizin hat.

2. Facharztstandard

Im Rahmen der dem Anästhesisten durch die Weiterbildungsordnung gezogenen Fachgebietsgrenzen schuldet er dem Patienten die sachgerechte medizinische Behandlung und Versorgung. Ein Behandlungsfehler liegt daher vor, wenn der Anästhesist eine nach den wissenschaftlichen Erkenntnissen seines Fachgebiets unter Berücksichtigung der praktischen Möglichkeiten zur Zeit der Behandlung gebotene Maßnahme diagnostischer oder therapeutischer Art unsachgemäß ausführt oder unterlässt, d.h. diejenige Sorgfalt nicht einhält, die der medizinische „Standard“ in der konkreten Situation von ihm erfordert. Darunter versteht man inhaltlich – bezogen auf das jeweilige Fachgebiet – das zum Behandlungszeitpunkt in der ärztlichen Praxis und Erfahrung bewährte, nach naturwissenschaftlicher Erkenntnis gesicherte, von einem durchschnittlich befähigten Arzt verlangte Maß an Kenntnis und Können bezüglich der in Rede stehenden Maßnahme.³

Daher handelt objektiv pflichtwidrig und subjektiv schuldhaft auch derjenige Anästhesist, der freiwillig – ohne Not – eine Tätigkeit ausführt, der er mangels eigener persönlicher Fähigkeiten oder Sachkunde erkennbar nicht gewachsen ist (sog. Übernahmeverschulden).⁴ Wer also z.B. nicht über die nötigen persönlichen und fachlichen Fähigkeiten verfügt, um

² Bayer, Verfassungsgerichtshof – 5, 161; 14, 58; BSG NJW 1965, 2030; zustimmend BVerfG NJW 1972, 1508

³ Ulsenheimer, Arztstrafrecht in der Praxis, 3. Aufl. 2003, Rdnr. 18 ff

⁴ Ulsenheimer, Arztstrafrecht in der Praxis, 3. Aufl. 2003, Rdnr. 22

die erforderlichen Maßnahmen auf der Intensivstation legeris durchzuführen, darf die Behandlung, deren ordnungsgemäße Erfüllung er nicht garantieren kann, weder aufnehmen noch fortführen, sondern muss den Fachkollegen der operativen oder konservativen Disziplin hinzuziehen, also kooperieren. Anderenfalls drohen ihm beim Eintritt von vermeidbaren Gesundheitsschäden des Patienten zivil- und strafrechtliche Konsequenzen.

In der Überschätzung der eigenen Möglichkeiten und Qualifikation, dem Mangel an Selbstkritik und eigenem Beurteilungsvermögen liegt eindeutig ein ärztliches Fehlverhalten, vor dem man nur eindringlich warnen kann. Nur derjenige Arzt wird daher Fehler zu Lasten der Gesundheit seiner Patienten und damit eigene Haftungsrisiken vermeiden, der „die Grenzen seines Wissens und Könnens sehr genau kennt und ständig mit Gewissenhaftigkeit Kritik an sich selbst übt“,⁵ anders formuliert, nicht hierarchisch-egoistische, statusbezogene, berufspolitische oder finanzielle Interessen verfolgt, sondern das Miteinander, das gemeinsame Ziel betont und die Ergänzungsbedürftigkeit des jeweils eigenen Tuns durch die Maßnahmen des oder der anderen Fachärzte anerkennt.

3. Folgerungen

Zusammenfassend ist somit festzustellen: Die Abgrenzung der fachlichen Kompetenzen, die sich aus der Definition der Fachgebiete in der Weiterbildungsordnung ergibt, gilt auch auf der interdisziplinären Intensivereinheit, gleichgültig unter wessen Leitung sie steht. Die Bindung an den Facharztstandard gewährleistet ferner, dass der Leiter der Intensivereinheit seine Fachgrenzen – von Notfällen abgesehen – einhalten und die für das Grundleiden zuständigen Ärzte heranziehen bzw. ihnen aufgrund ihrer überlegenen Sachkompetenz die weitere Behandlung des Patienten überlassen muss, wenn er ein Übernahmever schulden bzw. eine Berufspflichtverletzung und damit sowohl berufs- als auch haftungsrechtliche Sanktionen vermeiden will. In gleicher Weise müssen die mitbehandelnden Ärzte ihrerseits den Standard ihres Fachs erbringen, so dass der Patient insgesamt die Facharztqualität bei seiner Behandlung erhält.

III. Die interdisziplinäre Kooperation

Schon aus den vorstehenden Darlegungen zum Facharztstandard und der grundsätzlichen Pflicht zur Einhaltung der Fachgebietsgrenzen ergibt sich zwingend, dass mit der medizinischen – faktischen – Arbeitsteilung die rechtliche Verantwortungsteilung korrespondiert und daher die Bedenken der operativen und konservativen Fächer gegen eine zentrale Intensivstation unter anästhesiologischer Leitung sachlich unbegründet sind.

1. Die überholte Lehre von der Urteilbarkeit der Verantwortung

Diese Auffassung hat sich allerdings erst nach einem heftigen Meinungsstreit aufgrund der überzeugenden Argumen-

tation Walter Weissauers in zwei fundamentalen, Rechtsgeschichte machenden Beiträgen im „Anästhesisten“ 1961 und 1962 durchgesetzt. Der tiefgreifende Wandel, der sich hier vollzogen hat, wird am deutlichsten sichtbar, wenn man die Ausführungen von *K.H. Bauer* aus dem Jahre 1955 über das Zusammenwirken von Operateur und Anästhesist liest. Ich zitiere:

„Wir stehen heute im Operationssaal vor der irreversiblen Tatsache der Arbeitsteilung. Der Anästhesist ist der Spezialist für alles Nichtoperative, für alles Nichtspezialistische, gewissermaßen für das Allgemeinchirurgische, während der Operateur Spezialist für die spezielle Operation ist.

Anästhesist und Operateur können sich nicht in den Kranken teilen, denn der Kranke ist ein Individuum, d.h. ein Unteilbares, und wenn Zwischenfälle sich ereignen, so sind Narkose, Alter, Krankheit, Konstitution, Begleitschäden und Operationen wechselseitig miteinander verfilzt. Die Verantwortung ist also nicht teilbar, sie kann nur gemeinsam getragen werden“.

Deutlich kommt hier die „klassische“, in der Tradition verwurzelte Auffassung zum Ausdruck, wonach der Chirurg - im Verhältnis zum Anästhesisten – der „Alleinherrscher im Operationssaal, der „Captain of the ship“ der früheren amerikanischen Doctrin ist“.⁶ Der Jurist Engisch baute auf dieser Grundthese auf und kam in seinem für die Chirurgie 1961 erstatteten Rechtsgutachten zu dem Ergebnis, dass „ungeachtet der Berechtigung, sich in gewissen Grenzen auf den Narkosefacharzt und sein einwandfreies Funktionieren zu verlassen, vor wie während wie nach der Operation die im Interesse des dem Operateur sich anvertrauenden Patienten begründete allgemeine Sorgfaltspflicht und Verantwortlichkeit des Chirurgen bei Bestand bleibt und *suprema lex* zu sein hat“.⁷ Die Verantwortung des Operateurs sei „nach der heute herrschenden rechtlichen Auffassung immer noch eine so allumfassende, dass sie ungeachtet der Geltung des Vertrauensgrundsatzes niemals in irgendeinem Sektor schlechthin entfällt. Denn „Teilung“ der Verantwortung würde bedeuten, dass es einen Bereich gibt, um den sich der Chirurg unter gar keinen Umständen zu kümmern hätte, in dem der Anästhesist ausschließlich die Verantwortung trägt. Einen solchen Bereich gibt es aber nicht“.⁸

2. Die Teilbarkeit der Verantwortung

Judikatur und rechtswissenschaftliches Schrifttum haben sich jedoch – angeführt durch das erwähnte Gegengutachten von Weissauer aus demselben Jahr – in eine andere Richtung

⁵ Eb. Schmidt, Der Arzt im Strafrecht, 1939, S. 131

⁶ Weissauer, Der Anästhesist 1961, 241

⁷ Langenbeck's Archiv für klinische Chirurgie, Bd. 297 (1961), S. 254

⁸ Engisch, a.a.O., S. 252, 253

entwickelt. An die Stelle der Unteilbarkeit der ärztlichen Verantwortung des Chirurgen hat sich „in der modernen Organisationsform eines partnerschaftlichen Zusammenwirkens von wissenschaftlich ausgebildeten Vollspezialisten“⁹ die Teilbarkeit der Verantwortungsbereiche als tragender Grundgedanke durchgesetzt. Es gilt heute – unangefochten von Ärzten und Juristen – das Prinzip der Einzel- und Eigenverantwortlichkeit jedes der Spezialisten¹⁰ für alle ihnen jeweils zur eigenständigen Erledigung übertragenen Aufgaben und Tätigkeiten.

Mit dem Übergang der fachlichen Zuständigkeit, für die das Weiterbildungsrecht und der Facharztstandard die Grundlage sind, geht auch die rechtliche Verantwortung über. Die ärztliche Zusammenarbeit ist, wie *Weissauer* treffend formulierte,¹¹ ein „Teamwork“ Gleichberechtigter, wenn es um die interdisziplinäre Zusammenarbeit verschiedener Fachrichtungen bei der Patientenbehandlung geht. Rechtsgrundlage ist dabei einerseits die medizinisch exakt umrissene Aufgabenzuweisung nach „Maßgabe von Gebietsbezeichnungen, berufsständischen Vereinbarungen und der konkreten Rollenverteilung“,¹² andererseits die entsprechende Aufteilung der Verantwortung für den jeweiligen Fachbereich bzw. die dem einzelnen aufgrund seiner Ausbildung oder Funktion zugewiesene Tätigkeit.

Leider wird dieses tragende Strukturprinzip ärztlicher Arbeitsteilung in der gegenwärtigen Diskussion bisweilen verkannt bzw. missverstanden und gegen die Zentralisierung von Intensivstationen unter anästhesiologischer Leitung eingewandt, es gehe nicht an, den Operateur bzw. Leiter der operativen Klinik „auf den Status eines Konsiliararztes“ zu reduzieren, indem er „die Verantwortung für die weitere Behandlung an einen anderen Arzt weitergibt und nur noch konsiliarisch tätig ist“. ¹³ Da nach einhelliger Rechtsprechung und Lehre die Verantwortung teilbar ist, muss in aller Deutlichkeit zur Vermeidung von Mißtönen, sachlich unbegründeten Differenzen und medizinischen Kontroversen hervorgehoben werden, dass postoperativ der Operateur oder Leiter der operativen Klinik bei Aufnahme des Patienten auf eine zentrale (interdisziplinäre) Intensivstation nicht zum Konsiliararzt „degradiert“ wird, sondern mitbehandelnder Arzt und damit in der vollen Verantwortung für den Patienten bezüglich seines Fachgebietes (des Grundleidens) bleibt.

3. Der Vertrauensgrundsatz

Aus dem Prinzip der strikten Arbeitsteilung folgt zugleich als Kehrseite des Grundsatzes der Eigenverantwortlichkeit, dass jeder bei der Krankenbehandlung Mitwirkende sich darauf verlassen darf, dass der oder die anderen den ihm bzw. ihnen obliegenden Aufgabenanteil mit den dazu erforderlichen Kenntnissen und der gebotenen Sorgfalt erfüllen. Jeder an der Behandlung des Patienten, gleich in welcher Funktion, Beteiligte darf darauf vertrauen, dass der Mitbeteiligte andere seine Aufgabe beherrscht und seine Verantwortung wahrnimmt. „Das Vertrauen darauf, dass der

andere seine Pflicht tun werde, ist so lange nicht pflichtwidrig, als weder die für den Vertrauenden maßgebende Erfahrung noch seine besonderen Wissensmöglichkeiten ihm das Vertrauen zu erschüttern brauchen.“¹⁴ Mit den Worten des BGH:

„Jeder Arzt hat denjenigen Gefahren zu begegnen, die in seinem Aufgabenbereich entstehen. Solange keine offensichtlichen Qualifikationsmängel oder Fehlleistungen erkennbar werden, muss er sich darauf verlassen dürfen, dass auch der Kollege des anderen Fachgebiets seine Aufgaben mit der gebotenen Sorgfalt erfüllt. Eine gegenseitige Überwachungspflicht besteht insoweit nicht“.

Dies ist der Inhalt des Vertrauensgrundsatzes, des zweiten tragenden Leitprinzips zur Abgrenzung der Verantwortlichkeiten und damit zur sachgerechten Begrenzung der jeweiligen Sorgfaltspflichten.¹⁵

4. Ausnahmen vom Vertrauensgrundsatz

Nur ausnahmsweise dann, wenn der Partner in der konkreten Situation erkennbar seinen Aufgaben nicht gewachsen ist, z.B. mangels Sachkunde oder Überforderung, oder wenn aufgrund bestimmter Anhaltspunkte ernsthafte Zweifel an der sachgerechten Vorgehensweise des Kollegen deutlich werden, ist der Vertrauensgrundsatz aufgehoben.¹⁶ An die Stelle der grundsätzlichen Eigenverantwortung jedes Beteiligten für seinen Teilbereich tritt dann für jeden Arzt in solchen Ausnahmesituationen die Gesamtverantwortung für das Ganze, also die dem medizinischen Standard entsprechende Betreuung des Patienten. Bei offenkundiger bzw. erkennbarer Fehlleistung hat der Vertrauensschutz keine Basis mehr, und die eigene Pflichtverletzung beginnt, wenn nicht das ärztlich Gebotene geschieht. Diese Pflicht zum Eingreifen auch des fachfremden Arztes setzt umso früher ein, je größer das Risiko eines Behandlungsfehlers und die daraus resultierende Gefährdung des Patienten ist.

5. Zwang zur Abstimmung

Der Vertrauensgrundsatz bedarf ferner dort einer Einschränkung, wo „das besondere Risiko der Heilmaßnahmen gerade aus dem Zusammenwirken zweier verschiedener Fachrichtungen und einer Unverträglichkeit der von ihnen

⁹ Maihofer, Archiv für klinisch-experimentelle Ohren-, Nasen- und Kehlkopfheilkunde, Bd. 187, S. 534

¹⁰ Maihofer, a.a.O., S. 534

¹¹ Der Anästhesist 1962, 241

¹² OLG Oldenburg, MedR 1999, 36; BGH VersR 1990, 242 f

¹³ so Rothmund und Bauer, Mitteilung der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie, 2005, 78 f; ebenso Erdmann/de Vivie, Deutsche medizinische Wochenschrift 2005, 44 f; Die persönliche Verantwortung des Chirurgen für die postoperative und damit auch für die intensivmedizinische Therapie steht außer Zweifel, diese Verantwortung ist juristisch nicht teilbar“

¹⁴ Eb. Schmidt, Der Arzt im Strafrecht, 1939, S. 193

¹⁵ Ulsenheimer, Arztstrafrecht in der Praxis, 3. Aufl. 2003, Rdnr. 144 ff

¹⁶ BGHSt 3, 91, 96; 43, 306, 310

verwendeten Methoden oder Instrumente“ folgt.¹⁷ In diesen Fällen ist zwar nicht das jeweilige operative bzw. anästhesiologische Vorgehen als solches zu bemängeln, wohl aber die mangelnde Abstimmung beider Ärzte untereinander. Deshalb betont der BGH¹⁸ zurecht: Da das Wohl des Patienten oberstes Gebot und Richtschnur ist, muss für die Zusammenarbeit zwischen den beteiligten Ärzten der Grundsatz gelten, dass diese „den spezifischen Gefahren der Arbeitsteilung entgegenwirken müssen und es deshalb bei Beteiligung mehrerer einer Koordination der beabsichtigten Maßnahmen bedarf, um zum Schutze des Patienten“ einer etwaigen Inkompatibilität der eingesetzten Mittel bzw. Vorgehensweise vorzubeugen. Aus dem arbeitsteiligen Zusammenwirken folgt also die Verpflichtung zu gegenseitiger Information und Abstimmung, um vermeidbare Risiken für den Patienten auszuschließen.

IV. Das juristische Fünfeck

Damit sind die fünf Koordinaten bestimmt, in die die zentrale (interdisziplinäre) Intensivstation und ihre Leitung eingebettet sind. Solange sich alle Beteiligten in dem dadurch abgesteckten Rahmen bewegen, gibt es objektiv keine offenen Probleme oder Streitpunkte, von besonderen, individuellen Verhältnissen und von kleineren Abgrenzungsfragen, z.B. bei der Definition des „Grundleidens“ einmal abgese-

hen. Außerdem erhält der Patient den gebotenen Facharztstandard aller beteiligten Fachgebiete. Soweit Differenzen auftreten, liegen sie im Subjektiv-persönlichen: Wie so oft im Leben, kommt es auf die Personen an!

M.E. wäre deshalb viel gewonnen und die gegenwärtig hohe Wellen schlagende Diskussion wesentlich entschärft, wenn alle betroffenen Ärzte der verschiedenen Fachrichtungen diese fünf in Rechtsprechung und Schrifttum anerkannten und in der medizinischen Praxis bewährten Richtpunkte als verbindlich akzeptierten, da sich alle Lösungen daran orientieren müssen und die Antwort auf alle Fragen sich daraus überzeugend ableiten lässt. Den Nachweis dieser Feststellung wird im folgenden Referat¹⁹ Herr Prof. Weissauer führen und Ihnen deutlich machen, wie sich im einzelnen das von mir aufgezeigte „fünfeckige Koordinatensystem“ auswirkt. Sowohl aus seinen wie auch aus meinen Ausführungen wird sichtbar, dass weder etwaige haftungs- noch berufsrechtliche Bedenken gegen eine interdisziplinäre Intensivstation unter anästhesiologischer Leitung durchgreifen. Gegenteilige Meinungen beruhen auf Missverständnissen oder berufspolitischen Interessen, sind jedenfalls sachlich nicht haltbar. Weder die Überbelegung noch die Unterbelegung der zentralen Intensivstation, weder die Rückverlegung noch die Neuaufnahme von Patienten, weder die Durchführung der Visiten noch die Festlegung der Behandlungsstrategie stellen ein wirklich „echtes Problem“ dar, wenn nur die aufgezeigten „rechtlichen Rahmenbedingungen“ als grundlegende Bestimmungsfaktoren beachtet werden.

Korrespondenzadresse:

Prof. Dr. iur. Dr. rer. pol. *Klaus Ulsenheimer*
Maximiliansplatz 12
D-80333 München
Tel.: 089 / 24 20 81-0, Fax: 089 / 24 20 81-19.

¹⁷ Wenn beispielsweise der Operateur zum Stillen von Blutungen einen Thermokauter einsetzt, um verletzte Gefäße durch Erhitzung zu verschließen, der Anästhesist seinerseits aber eine Ketanest-Narkose mit reinem Sauerstoff in hoher Konzentration durchführt und es dadurch während des Kauterns zu einer heftigen Flammenentwicklung mit Verbrennungsfolgen für den Patienten kommt

¹⁸ BGH NJW 1999, 1780, 1781

¹⁹ Wird zu einem späteren Zeitpunkt veröffentlicht.